Rok XXXI. Kraków, 18 Czerwca 1892. Nr. 25.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał
Wład. Matlakowski,
Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

Mógłbym znacznie pomnożyć liczbę cytat, choćbym się nawet ograniczył jedynie do najwybitniejszych prac nad postępowaniem chirurgicznem w przypadkach zamknięcia przewodu kiszkowego. Nie posunęłoby to przecież sprawy ku rozwiązaniu dlatego, że przeważna większość ma na myśli ostre zamknięcia z ich najprzeróżniejszemi przyczynami, powikłaniami, niepewnem rozpoznaniem itd. Pozostawiając kwestyję wyboru operacyi w tych razach na boku, jako zanadto odbiegającą od naszego przedmiotu, ograniczymy się jedynie do zwężeń kiszki ślepéj. Wyżéj już nadmieniło się, iż co się tyczy téj ostatniéj, rozpoznanie nietylko siedliska zwężenia, ale nawet natury jego nie przedstawia żadnéj trudności w przeważającéj liczbie przypadków. Pod tym względem zwężenia kiszki ślepéj nietylko korzystnie dla chorego i operatora różnią się od wszystkich zazwyczaj ciemnych co do natury swéj zamknięć kiszki cienkiéj, lecz także wyróżniają się od zwężeń i zamknięć pozostałego odcinka kiszki grubéj, między któremi bywają przypadki trudne do rozpoznania z powodu głębokiego i ukrytego położenia w zgięciu wątrobowem, lub śledzionowem, niedostępnem dla dokładnego zbapania. Z chwilą więc, gdy przystępujemy do operacyi przy zwężeniu k. ślepéj, chory nie jest narażony na długotrwałe otwarcie jamy otrzewnéj, poszukiwanie miejsca zamknięcia, kolejne wydobywanie pętlic z jamy brzusznéj, lub wysunięcia się rozdętych jelit ze wszystkiemi niebezpieczeństwami ochłodzenia i zakażenia. Nie mniéj wyróżniają się zwężenia rakowate i bliznowate kiszki ślepéj swoim przebiegiem, który dostarcza lekarzowi nadzwyczaj cennych wskazówek co do drogi postępowania. Podczas gdy w zwężeniach nowotworowych kiszki grubéj przebieg może być tak skryty, objawy tak nieznaczne, że chory, zwłaszcza niewiele zwracający uwagi na swój stan, prawie nic nie jest w stanie powiedzieć o swojem cierpieniu, i objawy gwałtownego zamknięcia zjawić się mogą tak ostro, tak niespodziewanie, jak przy skręceniu, lub uwięźnięciu wewnętrznem, przy zwężeniu nowotworowem i bliznowatem kiszki ślepéj, o ile wskazuje zebrana przezemnie kazuistyka podobna ewentualność nigdy nie była spostrzeganą. Chory od dawnego czasu cierpi na objawy zwężenia: zaparcie stolca, rozwolnienie, boleści, odbijanie i t. p. Od dość dawna zauważył upośledzenie w odżywianiu, wychudnięcie. Od czasu do czasu objawy te wzmagają się najczęściéj skutkiem błędów w jedzeniu, do stopnia zamknięcia kanału pokarmowego: wtedy przychodzą silne boleści, wymioty, rozdęcie brzucha i brak wypróżnień, słowem rozwija się obraz *ileus*, lecz napad taki nigdy prawie nie dochodzi do stopnia gwałtowności i natężenia innych form zamknięcia *(occlusio)* kanału kiszkowego, a w bardzo wielu przypadkach raka kiszki ślepéj nigdy nie był obserwowany. Jeżeli zwrócimy się do zebranéj przezemnie kazuistyki, przekonać się łatwo, że tylko w jednym jedynym przypadku Sacré-Jacobs operacyja była dokonaną w czasie takiego napadu ostrego zamknięcia. Przy zwężeniu więc kiszki ślepéj operator prawie nigdy nie znajduje się w trudnem położeniu, jakie na nieszczęście jest prawidłem w innych formach zamknięcia przewodu kiszkowego: ma on wszelką swobodę działania; do niego należy wybór chwil operacyi, co większa on jest panem położenia, może bowiem chorego przygotować, może stworzyć warunki najkorzystniejsze dla siebie; a więc może oczyścić kanał pokarmowy opróżnić go z zawartości, do pewnego stopnia zdezynfekować przez podanie łagodnych środków dezynfekcyjnych; jeżeli przyszedł napad ostrego zamknięcia, zazwyczaj może go przeczekać, a przez stosowne postępowanie: opium, okłady ciepłe, kąpiele, głód, wlewanie Hegarowskie, napad usunąć. Co większa, lekarz jest w możności ogólny stan chorego przez uregulowanie dyjety i zalecenie łatwo strawnego jadła

znakomicie poprawić, zanim przystąpi do operacyi. I dlatego przy niéj nie mogą spotkać go rozmaite niemiłe powikłania, w rodzaju rozdęcia kiszek, ewentracyi, ciągłych ruchów robaczkowych, wymiotów, zapadu (*collapsus*). To są powody, dla których najkategoryczniéj wskazanem jest po wycięciu chorego odcinka kiszki ślepéj natychmiast przystąpić do jéj zeszycia, jak to robili dwaj tacy chirurgowie jak Billroth i Czerny.

Przy bliższem rozstrząśnięciu upadają też względy, któremi kierował się tyle doświadczony na polu chirurgii kiszkowéj Maydl. Radzi on *po* wycięciu kiszki, a zatem *po* przebyciu tak ciężkiéj i mozolnéj operacyi, niezeszywać, lecz utworzywszy rzyć sztuczną czekać około roku, czy nie wystąpi recydywa miejscowa, lub uogólnienie. Przeciw tem można powiedzieć: jeżeli recydywa nie przyjdzie w ciągu jednego, dwóch, lub więcéj lat, dla czegoż ten chory nie miał cieszyć się zupełnem zdrowiem w ciągu tego czasu, dlaczego musiał nosić swoje wstrętne kalectwo na brzuchu, a swój smutek i złowrogą myśl o grożnéj przyszłości w swéj duszy? Czy przetoka kanału kiszkowego jest w stanie zmniejszyć pewność recydywy miejscowéj? W razie rozpowszechnienia raka (*generalisatio*) obojętnem pozostaje, czy chory ma rzyć sztuczną, czy też miał dokonaną enterorafiję. W razie recydywy miejscowéj i ponownego zwężenia po doraźnem kiszki zeszyciu grozi mu wprawdzie operacyja powtórna, lecz ona niewiele co będzie cięższą od enterorafii, jaka zawisła nad chorym z rzycią sztuczną. Zresztą, o ile wskazuje kazuistyka, recydywa najczęściéj następuje w kresce, z gruczołów chłonnych, lub też chorzy mrą z charłactwa rakowatego wywołanego przez upowszechnienie nowotworu w gospodarstwie ustroju. Mało gdzie na innych organach jesteśmy wstanie bezkarnie dla chorego prowadzić cięcie tak daleko od granic nowotworu, jak w kiszce, a przez to samo znakomicie zmniejszyć prawdopodobieństwo recydywy miejscowéj w saméj ścianie jelita, zaczem idzie, że i prawdopodobieństwo zwężenia w przyszłości również się zmniejsza. Brak nam jest, co prawda, wiadomości dalszych o losach i zejściu chorych, którzy wyzdrowieli po wycięciu i zeszyciu kiszki z powodu raka, w jednym wszelako razie znajdujemy w kazuistyce wzmiankę, że choremu po téj operacyi zrobiono anastomozę z powodu ponownego zwężenia. W razie recydywy miejscowéj stan ogólny zazwyczaj bywa podkopany tak głęboko, iż niewarto jest robić żadnéj powtórnéj operacyi, choćby miejscowe warunki były jeszcze sprzyjającemi dla niéj.

Whitehead i inni odradzają znowu po wycięciu kiszki pierwotnéj enterorafii z obawy, żeby kał nie przedostał się do jamy otrzewnéj. Jak widzimy, jestto kwestyja dokładności i wytrzymałości szwu kiszkowego, która zarówno zjawia się przy enterorafii pierwotnéj, jak i przy następczéj, gdy przyjdzie chwila usunięcia sztucznéj rzyci: a powtarzamy, w większości przypadków chory przy raku k. ślepéj może być tak dobrze przygotowany do operacyi, że przewód pokarmowy bywa pustym. Z drugiéj strony choć Whitehead w swoim przypadku wykonał rzyć sztuczną, chory zmarł z zapalenia otrzewnéj.

Statystyka, jaką przytacza Hahn na korzyść *anus praeternaturalis*, jest tak szczupłą, że nie może przeciwważyć korzyści enterorafii doraźnéj. I nasze zestawienie nie jest obszerniejsze, wszelakoż dotyczy jednolitego materyjału, dlatego ośmielamy się je przytoczyć: 28 przypadków resekcyi, w 8 nałożono rzyć, z tego zmarło 4, gdy z pomiędzy 20 chorych z enterorafiją pierwotną zmarło 6. Zresztą przywiązuję niewielką wagę do cyfr małych, — śmierć bowiem w obu grupach wyjątkowo tylko nastąpiła z winy téj lub innéj metody operacyjnéj, najczęściéj zaś zależną była od innych przyczyn ubocznych; i tak weźmy chorych operowanych z rzycią:

W przypadku Whiteheada chora zmarła 18-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj; w dole biodrowem znaleziono zbiornik ropy.

W przyp Sacrégo śmierć nastąpiła z ostrego zakażenia i z zapadu (*collapsus*).

W przypadku Trombetty chory zmarł 16-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj, powstałego skutkiem pęknięcia kiszki.

W przypadku Koeniga śmierć nastąpiła z zapalenia otrzewnéj 4-go dnia po operacyi, powstałego skutkiem zgorzeli kiszki grubéj odartéj z kreski.

Pomijając przypadek Sacrégo, którego chory był operowany w czasie napadu ostrego zamknięcia i wedle powszechnie przyjętych zasad nie powinien był być poddany resekcyi, pozostali chorzy zmarli z zapalenia otrzewnéj, którego nie można wprowadzić w związek przyczynowy z utworzeniem rzyci, przynajmniéj w przypadkach Koeniga i Trombetty.

Przechodząc do przypadków, które się zakończyły niepomyślnie po doraźnéj enterorafii, widzimy, że:

W przypadku Kraussolda śmierć nastąpiła w dwie godziny po operacyi, bardzo ciężkiéj zpowodu zrostów z wielkiemi naczyniami i przetoki kałowéj.

W przypadku Thierscha chory zmarł z zapalenia otrzewnéj na drugi dzień po operacyi, która była mozolną zpowodu przetok i owrzodzeń gruczołów chłonnych.

W przypadku Czernego operacyja trwała 4 godziny, chory zmarł z utraty sił; musiano wyciąć część dwunastnicy zpowodu połączenia jéj z kiszką ślepą, obszerne zrosty z innemi trzewami.

W przypadku Billrotha 4-go dnia po operacyi wystąpiły objawy niedrożności, a choć zrobiono sztuczną rzyć, chory zmarł 7-go dnia po operacyi; ważny ten przypadek nie może być należycie oświetlony zpowodu braku sekcyi.

W przypadku Jonesa śmierć nastąpiła 3-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj.

Nakoniec w drugim przypadku Czernego śmierć była następstwem zapalenia otrzewnéj powstałego skutkiem zgorzeli brzegów kiszki w linii szwu.

A więc co najwyżéj w trzech ostatnich przypadkach obwinićby można było samą metodę, gdyby nie okoliczność, że w ostatnim z przytoczonych tu przypadków, chory uległ jednocześnie wycięciu nerki i operacyja była bardzo ciężką zpowodu obszernych zrostów, a co najważniejsza, że już w czasie operacyi przy oddzieleniu guza w okolicy mięśnia *ileopsoas* natrafiono na ropień, który prawdopodobnie niemało przyczynił się do niepomyślnego zejścia. Jeżeli porównamy przypadki zakończone śmiercią po jednéj i po drugiéj operacyi, po utworzeniu sztucznéj rzyci, i po enterorafii doraźnéj, przekonamy się, że te ostatnie były bez porównania trudniejsze, i że opuszczenie w nich aktu zeszycia kiszki oprócz skrócenia czasu trwania operacyi, w niczemby nie ułatwiło innych aktów, gdyby nawet zdecydowano się w nich zrobić rzyć sztuczną zamiast zeszycia przeciętego jelita. Okoliczność, że w przypadku Billrotha śmierć nastąpiła skutkiem niedroż-

ności, a w przypadkach Jonesa i Czernego skutkiem puszczenia szwu, nie przemawia bynajmniéj przeciw enterorafii doraźnéj, świadczy tylko o niedokładności i niepewności dotychczasowych metod szycia, ta sama bowiem ewentualność mogła spotkać chorych gdyby, wedle rady Maydla, przeczekawszy rok po resekcyi kiszki, poddali się zeszyciu kiszki następowemu z powodu sztucznéj rzyci.

Długość wyciętéj części kiszki nie miała, sądząc z zebranéj kazuistyki, żadnego wpływu na zejście: z jednéj strony spotykamy przypadki, w których wycięto 16 (Bouilly), 17 (Czerny), 20 (Suchier), 23 (Hofmokl) 25 cm. (Bergmann) zakończone wyzdrowieniem, podczas gdy z drugiéj niebrak przykładów, iż po wycięciu daleko mniejszych odcinków operacyja zakończyła się niepomyślnie. Natomiast okoliczność ta może wpłynąć stanowczo na wybór operacyi, gdy po rozległem wycięciu okazać się może zeszycie doraźne końców jelita niepodobnem do wykonania.

Z pomiędzy zebranych tu przypadków resekcyi k. ślepéj ewentualność ta zaznaczoną jest w przypadku Koeniga, lecz dawniéj już zanotowaną jest w wielu obserwacyjach z wycięcia innych kiszek (Schede: *Berliner klin. Woch.* 1878 Martini: *Zeitschrift f. Heilkunde* 1880 i inni). Zrozumiałem jest, iż nietyle sama długość wyciętéj kiszki zmuszała operatora do wszycia obu końców w ranie brzusznéj, ile ich utwierdzenie, niepozwalające na swobodne przesunięcie i spojenie. W tych razach postępowano dwojako: albo wszywano oba końce w ranie brzusznéj, albo obwodowy zaszywano i wpuszczano do jamy otrzewnéj. Oba te sposoby są równie fatalne dla chorego, skazują go bowiem na dożywotnią przetokę kałową.

Ostatnie dopiero czasy, ośmielone powodzeniem, opartem na aseptycznéj metodzie, wskrzesiły Maisonneuveowską anastomozę kiszek, i dały w rękę chirurgowi środek obejścia wstrętnego kalectwa. Zastanowimy się obecnie nad nią jako nad trzecią konkurencyjną metodą (obok enterorafii doraźnéj i rzyci sztucznéj), wstępującą w swoje prawa po resekcyi chorego kawałka jelita.

Wiadomo, że pierwszy pomysł w przypadkach nieprzezwyciężonych trudności operacyjnych połączenia ze sobą pętlic powyżéj i poniżéj przeszkody, celem utorowania nowego koryta dla zawartości kiszkowéj z ominięciem zawady, należy się Maisonneuveowi [1]), który w 1841 r. podał do wiadomości nową operacyję, mającą na celu obejście przeszkody siedzącéj na zastawce Bauhina, zapomocą nacięcia kiszki cienkiéj i wszycia górnego jéj końca w kiszkę grubą poniżéj przeszkody. Robert, Malgaigne i Chassaignac podnieśli przeciw operacyi nazwanéj colenterostomia ciężkie uzasadnione zarzuty; to też we Francyi, oprócz Maisonneuvea, który w roku 1854 [2]) wykonał ją dwa razy z niepomyślnem zejściem, nie znalazła zwolenników. Operacyja ta, zarówno jak doświadczenia Maisonneveua na psach, oraz liczne doświadczenia Hakena pod kierunkiem Adelmanna dokonane w kilka lat późniéj (1861), dowodzące wykonalności operacyi, poszły w zupełne zapomnienie. Dopiero od czasu, gdy Billroth w r. 1883 wykonał ją w przypadku zwężenia bliznowatego kiszki ślepéj, weszła na nowo na porządek dzienny. Billroth odrazu postawił kwestyję w właściwy sposób, a mianowicie, że w przypadkach zwężenia kiszki, w których po dokonanéj laparotomii okazuje się, iż resekcyja niemożliwą jest z powodu rozległych zrostów, zamiast sztucznéj rzyci wskazane jest spojenie kiszki powyżéj przeszkody z pętlicą poniżéj tejże się znajdującą. Wölfler okazywał preparat otrzymany przez Billrotha na Zjeździe Chirurgów w r. 1883 i nadał operacyi szerszy rozgłos.

W 1887 r. w sekcyi chirurgicznéj IX-go Zjazdu Międzynarodowego w Washingtonie czytał Senn (z Milwaukee) swoją wielkiéj doniosłości pracę doświadczalną nad chirugiją kiszek [1]). Praca ta oparta na 150 operacyjach na zwierzętach, szeroko pomyślana, i dotykająca najrozmaitszych stron przedmiotu, miała zasłużony rozgłos i dała impuls do całego szeregu prac doświadczalnych, rozwijających lub udoskonalających metody autora, — jak Caponotty [2]), Brokawa [3]), Reichela [4]), Davisa [5]). (C. d. n.)

¹) *Gazette des Hôpitaux.* 1841. str. 168—204. — ²) *Gazette des Hopitaux* 1854. str. 76. Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa Chirurgicznego.

¹) *An experimental contribution to intestinal Surgery with special reference to the treament of intestinal obstruction Annals of Surgery* 1888. T. VII. — ²) Streszczenie w *Ctbl. f. Chirurgie* 1890 str. 150. — ³) Tamże str. 511. — ⁴) Tamże str. 542. — ⁵) Tamże str. 783.

II. Z kliniki chorób dzieci prof. Dra Jakubowskiego.

O intubacyi w dławcu.

Napisał

Dr. Stanisław Momidłowski,

asystent tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 23).

Przed podaniem opisu przypadków leczonych za pomocą intubacyi muszę pokrótce wspomnieć o wynikach, jakie osiągnęliśmy w dławcu tak pierwotnym jak i następowym, posługując się tracheotomiją. Od roku 1876 aż do listopada 1891 wykonano ogółem: 396 tracheotomij, z tego uleczono 148, zmarło 248, procent więc uleczonych wynosił 37·37.

Odsetki uleczeń w pojedynczych latach różnie się przedstawiają, zależnie od nasilenia epidemii, gdyż operując zresztą w równych warunkach czemu innemu różnic przypisać nie możemy i tak:

	tracheotomij,	uleczonych,	zmarło,	proc. ulecz.
od r. 1876—1885	68	23	45	32·8
w r. 1886	17	9	8	53
„ 1887	37	14	23	37·8
„ 1888	62	17	45	27
„ 1889	94	40	54	42 5
„ 1890	118	45	73	38 13
	396	148	248	37·37%

Wyniki nasze dotychczasowe po tracheotomii nie należą do najgorszych (843 ulecz. 336, 39·8%) w porównaniu z wynikami innych [1]), mimo że tracheotomija wykonywaną zwykle była w warunkach niekorzystnych, bo zawsze tylko tam, gdzie niezbędnie była potrzebną, więc gdy duszność dosięgła najwyższego stopnia, bez względu na wiek i odżywienie chorego, możliwe powikłania, bez względu wreszcie, czy mieliśmy do czynienia z dławcem pierwotnym, czy następowym. Nie jest wreszcie obojętną dla dalszego przebiegu choroby i ta okoliczność, że zazwyczaj rękoczyn wykonywanym bywał na dziecku znużonem długą podróżą, często konającem, lub

¹) Wiederhofer w 11 latach 1218 ulecz. 532, proc. ulecz. 43·6. Sprawozdanie Rankego z różnych klinik przeważnie w r 1890 wykonanych.

osłabionem utratą krwi i energicznie stosowanemi środkami wewnętrznemi.

Rozpoczynając intubacyję w końcu r. 1890, początkowo chciałem wybierać (podobnie jak to czynił Wiederhofer) tylko przypadki dławca niczem nie powikłane i gdzie rokować można było dobrze wykonywając tracheotomiję nie zaś intubacyję. Dotyczy to jednak tylko kilkunastu pierwszych przypadków, późniéj bowiem, ze względu na szczupłość materyjału, a chcąc sobie wyrobić zdanie o skuteczności intubacyi i w mniéj pomyślnych przypadkach, robiłem ją prawie u każdego nadarzającego się chorego. W sierpniu i wrześniu 1891 wykonywano tylko tracheotomiję, obecnie zaś trzymając się pewnych wskazań, naprzemian tracheotomiję i intubacyję.

Okres ten od końca listopada r. 1890 do 25/XI 1891, obejmuje 153 przypadki, z tego 82 intubowanych, 71 tracheotomowanych.

Z powodu	Uleczono	Nie ulecz.	Zmarło	Razem
Dławca krtani dyfterytycznego pierwotnego . . .	32	2[1])	42	76
Dławca krtani następowego (w przebiegu odry) .	3	—	3	6
	35	2	45	82

czyli procent wyleczonych wynosi 42·6%.

Znacznie niekorzystniéj przedstawiają się stosunki u dzieci tracheotomowanych, gdyż z 71 tracheot. 15 uleczonych, 56 zmarło — 21% uleczonych.

Porównywając wyniki obu metodami uzyskane, widzimy znaczną przewagę po stronie intubacyi, bo procent tą drogą uleczonych przewyższa w dwójnasób uleczonych tracheotomiją, a nawet jest korzystniejszym niż procent u tracheotomowanych w latach poprzednich.

W gruncie rzeczy jednak korzyści nie są tak znaczne, bo uwzględniając równocześnie wyniki drogą tracheotomii otrzymane, czyli biorąc na uwagę sumę uleczonych obu sposobami, otrzymujemy procent uleczonych 32·68, niższy niż w latach poprzednich, gdy samą tylko tracheotomiję wykonywano.

82 intubacyj	35 uleczonych	47 zmarło	42·6%	uleczonych.
71 tracheot.	15 „	56 „	21·1%	„
153 zabiegów	50 uleczonych	103 zmarło	32·68%	uleczonych.

Że liczba uleczonych obu rękoczynami w roku zeszłym jest mniejszą niż w latach poprzednich, gdy posługiwano się samą tracheotomiją, przypisać to musimy nasileniu epidemii dławca, odznaczała się ona szczególną złośliwością, bo występowała w postaci dławca zstępującego (*bronchitis crouposa*) obok równoczesnego zajęcia jamy gardzielowéj i ogólnego zakażenia błonicowego.

Korzystne dla intubacyj pierwszych wybieranie przypadków niczem nie powikłanych, gdzie już z góry przed zabiegiem dobrze rokować było można, w zupełności odpada, jeżeli zważymy, że właśnie w 20 pierwszych intubacyjach zaledwo 4 dzieci uleczono 20%, zresztą w miesiącach lipcu i sierpniu pomyślnych dla pooperacyjnego przebiegu dławca, gdy samą tylko tracheotomiję wykonywano, wyniki nie były zbyt pomyślnemi, gdyż na 13 chorych 4 tylko uleczono.

W każdym razie nie przesądzając już dzisiaj wartości intubacyi, większy procent sposobem tym uleczonych, w porównaniu z wynikami, jakie w roku zeszłym tracheotomiją uzyskaliśmy, usposabia dla tejże korzystnie, a co najmniéj zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

Wyniki leczenia intubowanych i tracheotomowanych z uwzględnieniem wieku tychże.

1) Intubowani.

	uleczonych	zmarło	razem
w 1 roku	—	2	2
„ 2 „	6	12	18
„ 3 „	13	11	24
„ 4 „	7	9	16
„ 5 „	4	3	7
„ 6 „	2	6	8
„ 7 „	3	4	7
Razem	35	47	82

2) Tracheotomija w ostatnich 4 latach.

	uleczonych	zmarło	razem
w 1 roku	—	5	5
od 1 do 2 r.	9	40	49
„ 2 „ 3 „	25	63	88
„ 3 „ 4 „	30	51	81
„ 4 „ 5 „	24	27	51
„ 5 „ 8 „	24	23	47
	112	209	321

Lekarze amerykańscy podnoszą, że intubacyja w 1-ym roku życia daje lepsze wyniki niż tracheotomija, a o tem samem wspomina i Ranke równocześnie dodając, że od 2 go roku różnic tych już niema.

U chorych naszych wyższości intubacyi nad tracheotomiją w 1-ym roku życia nie stwierdziliśmy, natomiast w 2 i 3-im zdaje się dawać lepsze wyniki niż tracheotomija, u dzieci zaś starszych różnic niema.

Pozostawiając rozstrzygnięcie sprawy téj następnym doświadczeniom, dziś ze względu na ujemne strony intubabacyi u dzieci poniżéj dwóch lat, chętniéj skłoniłbym się do wykonania tracheotomii niż intubacyi. Pominąwszy już to, że wprowadzenie i wyjęcie tubusa u dzieci poniżéj 2 lat na znaczne napotyka trudności z powodu małéj pojemności jamy gardzielowéj, pozostaje jeszcze obawa przed odleżyną, utrudnionem karmieniem i nagromadzeniem się wydzieliny w oskrzelach, z powodu niedostatecznego odkrztuszania.

Jak długo pozostawał tubus w tchawicy u dzieci wyleczonych:

1 dzień	1	następowa tracheotomija
2 dni	8	
3 „	15	
4 „	4	
5 „	3	
6 „	1	
8 „	2	jeden następowo tracheotomowany
10—11 „	1	następowa tracheotomija
Razem	35.	

Ostateczne więc wyjęcie rurki przypadało między ukończonym drugim a początkiem dnia czwartego, kaniula zaś

[1]) Oboje dzieci na żądanie wydane do domu w drugim dniu po zabraniu z zakładu zmarły.

w przypadkach *tracheotomia superior* wyjmowaną była między 10 a 14 dniem, w przypadkach *inferior* między 4 a 8.

Korzystniéj więc pod tym względem przedstawiałaby się intubacyja niż tracheotomija, lecz przy ostatniéj mniéj obawiamy się odleżyny, zresztą robiąc tylko tracheotomiję niższą, znacznie szybciéj kaniulę usuwać możemy (Wiederhofer między 3 i 4-tym dniem).

Na 82 intubacyj wykonano następową tracheotomiję 35 razy z trzema wyleczeniami 8·5%. Z trzech wyleczonych u jednego w 24 godzin po pierwszéj intubacyi, z powodu częstego odkrztuszania rurki, gdy założenie następnéj grubszéj jak odpowiadała wiekowi dziecka, pozostało bez skutku, u drugiego w dniu 8, z powodu stale utrzymującéj się duszności, któréj przyczyną, jak przekonaliśmy się po tracheotomii, był krup przewlekły krtani i tchawicy, w przypadku wreszcie 3-im, gdzie następową tracheotomiję wykonano w d. 11, przyczyny zwężenia krtani szukać należało w obrzęku błony śluzowéj poniżéj więzadeł głosowych. U wszystkich trzech chorych wykonano cricotracheotomiję dla łatwiejszego zbadania przyczyny duszności.

U 32 zmarłych, w przeważnéj liczbie przypadków, bo u 23 chorych wykonywano następową tracheotomiję, z powodu szerzenia się dławca w tchawicy i oskrzelach (*tracheobronchitis crouposa*), a objawem tegoż była stale utrzymująca się duszność, sinica, przyspieszenie oddechu, zaciągania przestworów żebrowych i łuków, mimo zniesienia przeszkody oddechowéj w saméj krtani, obok znacznie podniesionéj ciepłoty ciała. U 5 chorych, przeważnie poniżéj 2 lat, z powodu niedostatecznego odkrztuszania i gromadzenia się wydzieliny w oskrzelach, z obawy przed rozwinięciem się zapalenia płuc, w 2 przypadkach przystąpiono do tracheotomii, gdy chorzy zbyt często tubus wykrztuszali, wreszcie w 2 ostatnich z obawy przed odleżyną, gdy rurki po dniach 12 usunąć nie było można.

Czas, w jakim w przypadkach kończących się śmiercią przystąpiono do następowéj tracheotomii:

Tracheotomiję wykonano z powodu	zaraz po intubacyi	w dniu 1-ym	2-im	3-im	4-ym	5-ym	10—12	Razem
Tracheobronchitis crouposa	2	9	5	4	2	1	—	23
Niedostatecznego odkrztuszania	—	3	2	—	—	—	—	5
Częstego odkrztuszania rurki	—	—	2	—	—	—	—	2
Obawy przed odleżyną	—	—	—	—	—	—	2	2
Razem	2	12	9	4	2	1	2	32

Najczęstszą okazuje się zatem potrzeba następowéj tracheotomii między dniem 1 a 3. W dwóch przypadkach, w których zaraz po intubacyi przystąpiono do następowéj tracheotomii, przyczyną było nagłe zatkanie otworu tubusa grubą błoną krupową zepchniętą przy zakładaniu, gdy natychmiastowe wyjęcie i powtórne założenie pozostało bez skutku.

W przeważnéj ilości przypadków, bo w 23, śmierć po wykonanéj tracheotomii nastąpiła w dniu pierwszym lub z początkiem drugiego, wśród objawów klinicznych dławca tchawicy i oskrzeli, u 5 zmarłych między dniem 5 a 14-ym z powodu zapalenia płuc bądź płatowego bądź ogniskowego, u 4 wreszcie chorych przyczyną śmierci były choroby przypadkowe, jak odra i płonica z swojemi powikłaniami, w czasie tym nagminnie panujące.

Takież same niepomyślne wyniki po następowéj tracheotomii ogłaszają i inni. Na 70 przypadków zestawionych przez Wiederhofera zaledwo 7 wyleczeń, zaś na 83 Rankego w roku 1891 [1]) w różnych miejscach wykonanych 6 wyleczeń, przyczem ostatni podnosi, że jakkolwiek następowa tracheotomija po intubacyi daje wyniki dosyć niepomyślne, to jednak jest pocieszające, że w pewnych stosunkach połączenie obu zabiegów więcéj zdziałać jest w stanie, niż sama intubacyja.

Wyniki 32 oględzin pośmiertnych z 47 umarłych po intubacyi i 57 tracheotomowanych w ostatnich czasach:

Główna przyczyna śmierci	Intubowani	Tracheotomowani
Tracheobronchitis crouposa, pneumonia lobularis	15	17
Tracheobronchitis crouposa	5	12
Pneumonia lobularis	6	11
Pneumonia crouposa	6	8
Bronchitis suppurativa	—	7
Inne, jak: degeneratio musculi cordis, Nephritis, krwotok	—	2
Razem	32	57

U jednego chorego w dniu 4-tym po pierwszéj intubacyi tracheotomowanego, u którego w dniu 5 rozwinęła się płonica, zmarł zaś w dniu 11-tym po dokonanéj tracheotomii, znaleziono przy sekcyi, prócz obustronnego zapalenia płuc płatowego i rozległéj odleżyny na ścianie tylnéj tchawicy od kaniuli pochodzącéj, ognisko ropne w płucu lewem, powstanie którego jednak snadnie aspirowaniu cząstek rany tracheotomijnéj lub z odleżyny przypisać można.

Jakkolwiek przedwczesnieby było z liczb powyższych jakieś wnioski wysnuwać, to jednak już dziś powiedziec musimy, że nie widzimy znaczniejszych różnic w częstości występowania spraw zapalnych po intubacyi a tracheotomii.

Zresztą powikłania w przebiegu leczenia pooperacyjnego występujące w znacznéj części zależą od jakości epidemii dławca, wreszcie od czasu, w jakim chory po dokonanym rękoczynie umiera. Zależność od epidemii szczególniéj dotyczy powikłań z zapaleniem dławcowem tchawicy i oskrzeli, które zazwyczaj okresowo pojawia się. Każdemu, kto miał sposobność obserwowania wielu przypadków dławca po tracheotomii, żywo zapewne stoi w pamięci, że niekiedy tygodnie upływają, gdzie każdy chory tem powikłaniem jest dotknięty, z zejściem zwykle niepomyślnem, gdy znowu w innym czasie powikłanie to do rzadkości należy.

[1]) *Münchener medic. Wochenschrift* 40. 1891.

Zapalenie płuc ogniskowe, płatowe lub ropne zapalenia oskrzeli spostrzegamy znowu częściej u dzieci w dni kilka lub kilkanaście po dokonanéj tracheotomii zmarłych, niż gdy zejście nastąpi w dniu pierwszym lub drugim.

Na 32 oględzin pośmiertnych dzieci intubowanych w 6. przypadkach znaleziono odleżynę, a to: 3 razy ubytki powierzchowne na przedniéj ścianie tchawicy odpowiednio dolnemu końcowi tubusa, 2 razy głębszą i rozleglejszą, ale na ścianie tylnéj i u dzieci po intubacyi tracheotomowanych w 5 i 11 dniu po tracheotomii zmarłych, więc odleżynę od kaniuli pochodzącą, raz, a dotyczy to dziecka $1^1/_2$ roku liczącego w dni 4 po pierwszéj intubacyi zmarłego, odleżynę wielkości grochu na ścianie przedniéj tchawicy w okolicy chrząstki pierścieniowéj z obnażeniem téjże.

Na podstawie więc spostrzeżeń poczynionych przez innych, jak i własnych doświadczeń, przychodzimy do przekonania, że jakkolwiek intubacyja tracheotomii zastąpić nie jest w stanie, to obok niéj lub też w połączeniu z nią więcéj zdziałać może niż sama tracheotomija, zwłaszcza gdy z biegiem czasu określić się dadzą wskazania, kiedy intubacyję, kiedy zaś odrazu tracheotomiję wykonać należy.

Przeciwskazaniami dla niéj będą: 1) Wszystko co odporność organizmu a tem samem odporność tkanek zmniejsza (z obawy przed odleżyną); *a*) wczesny wiek dziecka, poniżéj dwóch lat, *b*) rozległa błonica migdałków z równocsesnem ogólnem zakażeniem, *c*) powikłania dławca z odrą, płonicą lub zapaleniem płuc.

2) Znaczny przerost migdałków, gdyż takowy rękoczyn utrudnia.

3) Sprawa chorobowa szerząca sie na tchawicę i oskrzela (*bronchitis crouposa*), gdyż w takim razie intubacyja poprzedza tylko następową tracheotomiję u dziecka w mniéj korzystnych warunkach, bo już poprzednim zabiegiem zmęczonego.

W przypadkach do zabiegu tego nadających się jest ona przy pewnéj wprawie od tracheotomii zabiegiem łatwiejszym, szybciéj wykonać się dającym, nie wymaga umiejętnej asysty, skraca znacznie czas leczenia pooperacyjnego i w wielu przypadkach ułatwia zadanie tak lekarzowi jak i otoczeniu. Nie naraża dziecka na powikłania towarzyszące często tracheotomii, jak dyfteryja, róża przyranna, zapalenia ropne tkanki śródpiersiowéj, krwotoki, których to powikłań, tu gdzie postępowanie ściśle przeciwgnilne prawie jest niemożliwem, uniknąć trudno. W naszych wreszcie warunkach, gdzie nieraz bardzo trudno uzyskać zezwolenie rodziców na zabieg krwawy, jakim jest tracheotomija i tę ostatnią okoliczność podnieść należy.

Z drugiéj strony nie należy zapominać o stronach ujemnych intubacyi, któremi są: 1) w znacznéj ilości przypadków konieczność ciągłego nadzoru lekarza dobrze z obu zabiegami obeznanego; 2) nie rozjaśniona dotychczas należycie sprawa następowych zapaleń płuc i odleżyny.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby uszne.

S t a c k e (Erfurt): **Wskazania do usuwania młoteczka i kowadełka.**

Usuwano błonę bęb. z młoteczkiem względnie z kowadełkiem drogą operacyjną dotychczas w celu polepszenia słuchu, albo w celu wyleczenia pewnych postaci przewlekłych zapaleń ropnych w uchu środk Wskazanie pierwsze jest tylko uzasadnione w obec przeszkód w przewodnictwie głosu, znachodzących się zewnątrz strzemiączka, zwłaszcza w obec zupełnego zwapnienia bł. bębenkowéj, zrostu stawu młoteczko-kowadełkowatego, zrostu bł. bębenkowéj z wzgórkiem i w obec zarośnięcia trąbki, którego nie można usunąć. Wyniki otrzymane z operacyi wykonanéj z powodu tych wskazań nie są bardzo świetne, gdy z jednéj strony po największéj części istnieją jeszcze głębiej na okienkach błędnikowych przeszkody w przewodnictwie głosu, z drugiéj strony odradzaniu bł. bęb. wyciętéj nie zawsze można przeszkodzić. O wiele ważniejsze jest wycięcie kostek usznych w celu usunięcia ropni usznych, których inną drogą nie można wyleczyć. W przewlekłem uporczywem ropieniu, po największéj części kości są zajęte i w wielu przypadkach młoteczek sam, albo razem z kowadełkiem, są spróchniałe. Ich usunięcie sprowadza szybkie wyleczenie wtedy, jeżeli oprócz nich nie ma więcéj żadnych ognisk spróchniałych w uchu. Najczęściéj jednak towarzyszy téj sprawie próchnienie kości sąsiednich w stropie, które w zwykłych warunkach nie jest widzialne, i dla zabiegów leczniczych dostępne. W takich przypadkach polecano po bezskutecznem wycięciu młoteczka i kowadełka wydłutowanie wyrostka mostkowego, na co S. się zgadza tylko w tych razach, gdzie równocześnie jama sutkowa jest zajęta, albo gdy występują groźne objawy zatrzymania ropy. W obec nienaruszonego zaś wyrostka sutk. porzuca tą operacyę, jako nie odpowiadającą dzisiejszym wymogom chirurgicznym, albowiem w tym przypadku właściwe ognisko ropienia w sklepieniu zostaje nienaruszone i jest tylko dostępne dla prądu wody przestrzykiwanéj. Ponieważ S. kładzie największą wagę na leczenie ropienia w sklepieniu jamy bęb., podaje przeto nową metodę operacyjną polegającą na szerokiem otwarciu sklepienia. Zabieg ten umożebnia już podczas operacyi rozpoznanie, względnie wykluczenie równoczesnego zajęcia wyrostka sutk., a po oddaleniu kostek całe sklepienie dokładnie można przeglądać. Jeżeli we wejściu do jamy sutk. (*aditus ad antrum*) pokaże się ropa, żółciołajak lub próchnica, to otwiera się jamę sutk. tak, że wszystko co się znajduje między nią a jamą bęb., a więc cała tylna ściana kostna przewodu zostaje usuniętą. W taki sposób jama bęb., sklepienie, wejście (*aditus*) i jama sutkowa, przedstawiają się szeroko otwarte i łatwe do przejrzenia. Zgłębnik do wejścia wprowadzony służy do zoryjentowania się i do tego, aby uniknąć uszkodzenia n. twarzowego, lub przewodu półkolistego. Metody téj doświadczał S. w 9 przypadkach i jak doświadczenie poucza, słuch po operacyi się nie pogarsza. (*Archiv f. Ohrenheilk.* B. 31. H. 2—3). *Dr. Spira.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 18 maja 1892 r.

Przewodniczący kol. P o n i k ł o. — Członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. D o m a ń s k i wnosi, aby Tow. lek. uchwaliło rezolucyję do Dyrekcyi kolei państwowych w sprawie umożliwienia bezpośredniéj kumunikacyi kolejowéj ze zdrojowiskami krajowemi. Wniosek po krótkiéj dyskusyi uchwalono.

3) Kol. prof. O b a l i ń s k i przedstawił chorego, u którego usunął rzyć sztuczną za pomocą podanéj przez Hackera i Hochennega enteroanastomozy. Z wywiadów wnosi prelegent, iż u chorego, który w dniu 7 lutego b. r. przybył na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza, była przepuklina uwięźnięta, po któréj powstała przetoka kalowa, z biegiem czasu wyleczona. Po ponownem prawdopodobnie uwięźnięciu przepukliny utworzyła się rzyć sztuczna, wszystek bowiem kał wychodził sztucznym otworem w okolicy pachwinowéj prawéj. Prelegent mając bardzo dobre rezultaty przy leczeniu sztucznéj rzyci za pomocą resekcyi z natychmiastową enterorafiją i tym razem przystąpił

do tejże operacyi, w którym to celu wykonał laparatomiję za pomocą cięcia poprzecznego równolegle i nad więzem Pouparta przebiegającego. Gdy jednak się pokazało, że sztuczna rzyć utworzyła się w samem przejściu jelita biodrowego w kątnicę i że taż ostatnia na wielkiéj przestrzeni zrosła się z sąsiednią otrzewną ścienną, odstąpił od początkowo powziętego zamiaru, zaszył ranę laparatomijną i założył według dawnéj metody nożyce jelitowe Dupuytrena. Skutek był niezły, jakkolwiek nie zupełny; jakkolwiek bowiem większa część kału zwróciła się po kilku dniach ku kiszkom grubym i odbytnicy, to zawsze jednak jedna jego część odchodziła sztucznym otworem, czyli że pozostała przetoka kałowa. Aby tę usunąć postanowił prel. wykonać enteroanastomozę według Hackera-Hochenegga. W tym celu wykonał ponownie laparatomiję o jakie 3 ctm. po wyżéj pierwszego cięcia, a przeciąwszy jelito biodrowe przed otworem sztucznym i kiszką wstępującą tuż ponad kątnicą, połączył światła tychże ze sobą, zaś obydwa końce wyeliminowanéj kątnicy wszył w ranę laparatomijną, celem zapobieżenia rozkładowi kału tamże pozostałego. Z początku był przebieg bardzo dobry, trzeciego dnia jednak zwrócił się wszystek kał ku ranie laparatomijnéj, co tylko w ten sposób można było sobie wytłómaczyć; że szwy jelitowe zespajające j. biodrowe z kiszką wstępującą, puściły. Po kilku dniach zaczął jednak kał znów prawidłowo przez odbytnicę wychodzić a raną coraz to mniéj, w końcu zupełnie ustał tak, że obecnie wydobywa się przez wszyte w ranę końce jelita wyeliminowanego nieco śluzu z błony śluzowéj tegoż jelita pochodzącego. Ostateczne wygojenie da się osiągnąć przez przyżeganie.

W dyskusyi zabiera głos kol. Idziński i sądzi, że w dalszym przebiegu leczenia przedstawionego chorego napotka się na dwie możliwości. Albo przetoka zamknie się, a ze ścian pozostałego i wykluczonego z ogólnego połączenia jelita powstanie torbiel powiększający i wypełniający się zwolna wydzieliną błony śluzowéj — albo pomimo prawidłowego krążenia treści jelitowéj w nowo utworzonem korycie przetoka daléj utrzymywać się będzie. W każdym razie należy starać się przedewszystkiem o zagojenie przetoki a po wyleczeniu jéj, celem zapobieżenia pierwszéj ewentualności należy iść za najnowszemi wskazówkami Hochennega, t. j. przywrócić za pomocą powtórnej laparatomii i powtórnych połączeń dawne krążenie jelitowe.

Kol. prof. Obaliński zwraca uwagę, że laparatomija powtórna, jak tego chce Hochenneg, nie jest zabiegiem dla chorego obojętnym, a trzeba do tego przedewszystkiem zupełnego wyleczenia dolnéj przetoki.

Kol. prof. Cybulski przytacza doświadczenia Hermana zamieszczone w Archiwie Pflügera, gdzie autor zakładał u psów dla innych celów odbyt sztuczny, potem jednak ranę zaszył i pies wyzdrowiał. Używając w jakiś czas potem tego samego psa znalazł w zamkniętym odcinku jelita zupełnie prawidłowy kał. Rozpoczął więc badania w tym kierunku i wykazał, że błona śluzowa wydziela sama rzeczywiście znaczną ilość treści z początku płynnéj, która potem się zgęszcza. Z doświadczeń tych wynika więc, iż znaczna część bo $^{7}/_{9}$ kału jest produktem wydzielniczym błony śluzowéj jelita, reszta t. j. $^{2}/_{9}$ przypada na treść niestrawioną — a daléj wyjaśnia się przez to przyczyna, dla któréj przetoki kałowe tak trudno się goją, jak to ma miejsce w przedstawionym przypadku.

Kol. Bossowski, stwierdzając że takie przetoki bardzo trudno się goją, radzi iść za pierwotnym sposobem Hackera, tj. wykluczyć tę część jelita, a powstały wskutek tego torbiel osobno ekstyrpować.

Kol. Kryński godzi się ze zdaniem swego poprzednika, zaznaczając, iż laparatomija powtórna nie jest dla chorego zresztą zdrowego tak ciężkim zabiegiem.

Kol. prof. Mars zapytuje, czy kał Hermana był zabarwiony i czy były barwiki żółci.

Kol. prof. Cybulski nie przypomina sobie tego szczegółu dokładnie, zresztą doświadczenia i dalsze badania Hermana mają być, według zapewnień tegoż autora, wkrótce szczegółowo ogłoszone.

Kol. prof. Obaliński wyjaśnia, iż przedstawił przypadek w tym celu, aby wykazać jakie niekorzyści przedstawia metoda, która takiego nabrała rozgłosu; co do dalszego leczenia jest raczéj za ekstyrpacyją aniżeli za ponownem łączeniem jelita; wyjaśnienia kol. Cybulskiego tłómaczą mowcy znalezienie kału w wykluczonéj części jelita, nie pochodziło to więc z puszczenia szwów, jak to pierwotnie mniemał.

4) Kol. Ludomił Korczyński miał zapowiedziany odczyt „o stosowaniu gwajakolu u suchotników“. Rzecz ta będzie ogłoszoną w „Przeglądzie Lek.“. Prelegent uzupełnił swój odczyt historyjami chorób wraz z tablicami ciepłoty, tętna, wagi i t. p.

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Pieniążek i oświadczył, iż stosował też injekcyje gwajakolu z oliwą w równych częściach, poczem przystąpił do stosowania połączeń gwajakolu z alkaliami jako soli. W obszernym wywodzie, opierając się na ciężarze atomowym potasu, sodu i litu, wykazał mowca, iż najodpowiedniejszym jest gwajakolon litu, gdyż wstrzykując tę sól można prawie 2 razy więcéj gwajakolu wprowadzić, aniżeli to jest możliwe przy użyciu gwajakolanu sodu. Skutki stosowania gwajakolanu sodu nie są zachwycające, nie jest to jednak środek gorszy od innych a na uwagę zasługuje to, że większość chorych chwaliła takowy. Wstrzykiwał 20% rozczyn, bez użycia antiseptyki, a absces powstał tylko w jednym przypadku skutkiem nieostrożnego wstrzykiwania; dla uniknięcia bólu wstrzykiwał kokainę. Mówca radzi robić daléj doświadczenia z wstrzykiwaniem gwajakolu i to gwajakolanu litu.

Kol. Wachholz radzi podawać też gwajakol wewnętrznie jako *guajacolum carbonicum.*

Kol. Piątkowski zgadza się zupełnie z wynikami otrzymanemi przez kol. Korczyńskiego; zdaniem jego jednak tożzapalenie i zgorzele skórne jakoteż ropnie podskórne wydarzają się tylko wtedy, gdy strzykawkę Pravatza i igiełkę oczyszczamy wodą karbolową 5% lub 3% a nie rozczynem oliwnym gwajakolu. Gwajakol z wodą karbolową daje strąt, który we większéj ilości wstrzyknięty pod skórę wywołuje jako ciało obce zapalenie tejże a przy dostaniu się choć skąpéj ilości mikrokoków ropnie. Na kilkaset injekcyj, które sam stosował w salach klinicznych, nie otrzymał nigdy ani zgorzeli ani ropni oczyszczając strzykawkę przed użyciem rozczynem gwajakolu. Co do działania to na podstawie własnéj obserwacyi doszedł do wniosku, iż gwajakol u osób wynędzniałych lub dotkniętych gruźlicą w stopniu wysokim jest bezskutecznym, u osób zaś z niepodkopanem odżywieniem lub z małemi zmianami grużliczemi wywołuje przybytek na wadze. W każdym razie stosowanie jego podskórne jest bardzo racyjonalnem, gdyż lekarz podając go w sposób powyższy nie drażni błony śluzowéj żołądka i jest świadomym jaka ilość leku została wessaną, przeciwnie niż przy podawaniu pigułek kreozotowych, które dla trudnéj rozpuszczalności po większéj części z organizmu wydalają się niestrawione.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 czerwca. Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 16 czerwca odbytem: 1) Kol. przewodniczący Ponikło powitał obecnego na posiedzeniu gościa Dra Goldhaara z gubernii Jekaterinosławskiej w Rosyi i przedłożył niektóre sprawy administracyjne. 2) Odnośnie do reskryptu prezydyum c. k. Namiestnictwa z d. 5/6 b. r. L. 5745/pr. uchwalono zamówić dla biblioteki Towarzystwa jeden egzemplarz protokołów z posiedzeń kongresu hygienicznego w Londynie w roku 1891 odbytego. 3) Kol. Browicz przedstawił preparaty: *a)* częściowego braku trąbki macicznej u kobiety, której układ płciowo-rodny był zresztą prawidłowo wykształcony, *b)* mięsaka nerki u dziecięcia jednorocznego, *c) fibroma intercanaliculare vel arborescens,* gruczołu sutkowego, *d)* preparaty odnoszące się do zmian pęcherza moczowego skutkiem uwięźnięcia macicy ciężarnej. W dyskusyi zabierali głos koll. Mars, Cercha, Jakubowski, Zarewicz i prelegent. 4) Kol. Cybulski okazał bogatą seryję preparatów mikroskopowych rdzenia pacierzowego i mózgu, przygotowanych różnemi metodami, zwłaszcza sposobem Weigerta i Golgiego w zakładzie fizyjologicznym Uniw. Jag. przez Drda Mikuckiego. Preparaty te ustawione pod kilkunastu mikroskopami illustrowały przeglądowo utkanie poszczególnych części

i składników układu nerwowego środkowego. 5) Kol. Sroczyński przedstawił chorego, u którego wykonano operacyję plastyczną z powodu opadnięcia powieki górnéj i podał kilka uwag o tej chorobie i różnych metodach operacyjnego jej leczenia. W dyskusyi zabierali głos koll. Fajersztajn, Marcisiewicz i prelegent.

* W tygodniu 22-gim (od 29 maja do 4 czerwca) było w Krakowie małżeństw 12, urodzeń 64, skonów 53, z tych z zapalenia płuc 15, z gruźlicy 12, z nieżytu żołądka i jelit 5, z duru brzusznego 3, z ospy 2, z czerwonki 1.

Warszawa 10 czerwca. Grono profesorów tutejszego Uniwersytetu wybrało i przedstawiło do zatwierdzenia ministeryjum następujących kandydatów na wykładających w tymże Uniwersytecie: Dra Wasiljewa naczelnego lekarza szpitala św. Rocha i baraku czerwonego krzyża, na docenta chirurgii teoretycznéj, Dra Zieńca dyrektora Instytutu głuchoniemych na wykładającego dział patologii i terapii szczegółowéj, mianowicie pedyjatryję. Profesor Tauber, wykładający obecnie chirurgiję operacyjną, obejmuje klinikę szpitalną opróżnioną po śmierci prof. Jefremowskiego, zaś prosektor przy katedrze anatomii opisowéj Jaszczyńskij, jako profesor nadzwyczajny ma wykładać chirurgiję operacyjną.

W radzie miejskiéj dobroczynności publicznéj poruszono projekt powiększenia we wszystkich szpitalach liczby łóżek dla chorych wewnętrznych. — Zakład wodoleczniczy Fritschego, zamknięty po śmierci Dra Fritschego, prowadzić będzie obecnie Dr. Dobrzycki, przy współudziale Dra Ciąglińskiego.

* W Krynicy od 15 maja do 7 czerwca było gości 272.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Zdrowiu* Nr. 80: Kohna: Opis sanitarny przędzalni wodnéj czesankowéj w Częstochowie; Majewskiego i Bukowskiego: O metodach oznaczania procentowości tłuszczu w mleku (c. d.); O pomocy lek. w fabrykach. — W *Gazecie Lek.* Nr. 22: Orłowskiego: Zmiany w komórkach nerwowych przy wściekliźnie; Dogiela: Przyczynek do sprawy odtwarzania się krwi; Wizla: Najnowsze poglądy na kwestyję agrafii. — W *Medycynie* Nr. 22: Dobrzyckiego: Sława, sprawozdanie za r. 1891; Kazuistyka: 1) Dwa przypadki kamieni uwięźniętych w cewce moczowéj u dzieci; 2) Dwa przypadki ciąży, przy nienaruszonéj bł. dziewiczéj. — W *Nowinach Lek.* Nr. 6: Dzierzgowskiego i Rakowskiego: O chem. przemianach w glebach hodowlowych pod wpływem drobnoustrojów błonicy i o produktach téj przemiany; Barącza: Spostrzeżenia nad znieczulaniem bromkiem etylu w praktyce chirurg.; Wicherkiewicza: O operacyjnem leczeniu jaglicy ostréj; Kreffta: O niedorozwoju przewodu rodnego; Święcickiego: Colpitis adhaesiva u 19-letniéj dziewczyny. — W *Gazecie Lek.* Nr. 23: Skłodowskiego: Moczopędne działanie kalomelu w cierpieniach nerek; Kranzego: 200 przypadków tracheotomii w krupie i dyfteryi u dzieci; Waśkiewicza: Przypadek ropnego zap. tkanki okołonerkowéj z przebiciem do miedniczki i zejściem pomyślnym; Wroczyńskiego: Kilka słów w kwestyi wskazań do upustu krwi. — W *Medycynie* Nr. 23: Arnsteina: Trzy przypadki wysięków surowiczych w worku opłucnéj; Wisłockiego: Nowoczesne sposoby leczenia suchot płucnych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. KRATZERT: Das jod- u. bromhaltige Soolbad Goczalkowitz bei Pless. O. S. (in 8-vo str. 30). — St. BERNSTEIN: O syringomyelii (odbitka z Medycyny 1892) in 8-vo str. 28. — Dr. Fr. GIEDROYĆ: Prostytutki jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie, in 8-vo str. 76. — Dr. WACHHOLZ: Sposoby wywołania analgezyi ogólnéj drażnieniem krtani i jéj okolicy podług Brown-Séquarda (odb. z Przegl. Lek. 1892) in 8-vo str. 15. — Dr. Ad. ZAMBLER: Resezione del tarso col metodo Obaliński in un caso di tubercolosi. Guarigione [z kliniki chir. Prof. Trikomi w Padwie] (odb. z Riforma medica) Napoli 1892, in 8-vo str. 10. Rozprawę swoją kończy autor słowami: „Como si vede questo metodo é migliore degli altri finora proposti ed io credo che le statistische confermeranno in avvenire questa mia asserzione“. — Dr. Fr. CHŁAPOWSKI: W sprawie opieki nad obłąkanymi (odb. z Nowin Lek. 1892) in 8-vo str. 7. — Dr. ŁEPKOWSKI: Beitrag z. Histologie d. Dentins m. Angabe e. neuen Methode (odb. z Anatom. Anzeiger 1892) in 8-vo str. 9 i 2 tabl. — Wilh. ZAJĄCZKOWSKI: Komentarz do VII wyd. farmakopei austryjackiéj zesz. VIII. Lwów 1891, in 8-vo str. 63. — Dr. D. Juan SANTOS FERNANDEZ: Europhen in d. Augenheilkunde (tłum. z Cronica médica-quirurg. de la Habera, XVII, Nr. 24) in 8-vo str. 4. — Dr. W. JAWORSKI (z Warszawy): Beitrag zur pathol. Anatomie d. biliären Lebercirrhose (odb. z Beiträge z. pathol. Anatomie u. z. allg. Pathologie von Prof. Ziegler, Bd. XI) in 8-vo str. 50 i 2 tabl. — TRUSKAWIEC, zakład zdrojowo-kąpielowy i inhalacyjno-solankowy. Kraków 1892, str. 40. Dr. RADECKI: Higijena a dyletantyzm (odb. z. Przew. hygij. Nr. 5) in 8-vo str. 8. — SZWAJCERA: O epidemii tyfusu wysypkowego w r. 1889 w Warszawie (odb. z Gazety Lek. 1892) in 8-vo str. 24. — Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyję Gazety Lek. Nr. 41: Leczenie pryszczycy przez. Prof. H. HEBRE (tłum. Elsenberga) Warszawa 1892, in 8-vo str. 31. (Prof. Hebra umarł już dawno, zapewne autorem jest dr. Jan Hebra, docent w Uniw. wied.). — Prof. Dr. KLECZYNSKI: Statystyka miasta Krakowa, zeszyt III, Kraków 1892, in 8-vo str. 176 z tabl.

Sprostowanie. W artykule Dra Barącza „Przyczynek do chirurgii żołądka“ (Nr. 24) zaszły następujące pomyłki: str. 297 szp. II, w. 1 od g. zam. „płytków“ ma być „płytek“, w. 6 od g. po słowie „wykonanéj“ dodać „na kontynencie“, w. 7 od g. zamiast „człowieku“ ma być „osobie żyjącéj“, w. 12 od d. „p.“ wyrzucić. Str. 298 szp. I. w. 10 od d. po słowie „ustalające“ dodać „następnie końcowe szwy, a wreszcie zewnętrzne szwy płytkowe ustalające“, szp. II w. 16 od d. zamiast „Josseta“ ma być „Jesseta“. Str. 299 szp. I w. 12 od g. zamiast „luźne“ ma być „liczne“, w. 19 od g. zamiast „surowiczemi i“ ma być „surowiczemi:“, 41 od g. zamiast „waty“ ma być „maty“, w. 47 zam. „się“ ma być „swéj“, 6 od d. po „wewnętrzna“ dodać „para“, szp. II w. 7 od g. zam. „niemi“ ma być „nićmi“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.